

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905 — N° 73

DE
L'OCCLUSION INTESTINALE

DANS LES

Eventrations post-opératoires

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène-Auguste BEAUMONT

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né le 21 Août 1879, à Épinal (Vosges)



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, RUE STELLA, 3

1904

DE
L'OCCLUSION INTESTINALE

DANS LES
Eventrations post-opératoires



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905 — N° 73

DE
L'OCCLUSION INTESTINALE

DANS LES

Eventrations post-opératoires

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène-Auguste BEAUMONT

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né le 21 Août 1879, à Épinal (Vosges)



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, RUE STELLA, 3

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
HUGOUNENQ. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE,
Clinique des maladies des enfants	X...
Physique médicale	AUGAGNEUR.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRRET.
Chimie organique et Toxicologie	WEILL.
Matière médicale et Botanique	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	BEAUVISAGE.
Physiologie.	LORTET.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie externe	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	MORAT.
Anatomie pathologique	TEISSIER.
Médecine opératoire	X...
Médecine expérimentale et comparée.	MAYET.
Médecine légale	TRUPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.)
	SOULIER.
	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire	DOYON.
---	--------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON(A.) agrégé
Maladie des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Hygiène administrative	ROUX, —
Thérapeutique générale	COLLET, —
Accouchements	COMMANDEUR, —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique.	ANCEL, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BORDIER.	CAUSSE.	MOREL.
PIC.	COURMONT (P.).	ANCEL.	NEVEU-LEMAIRE.
PAVIOT.	CHATIN.	CHARVET.	NICOLAS.
NOVE-JOSSERAND.	VILLARD.	COMMANDEUR.	PATEL.
BERARD.	TIXIER.	GAYET.	PLAUCHU, ch...
SAMBUC.	REGAUD.		

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FABRE, *Président* ; M. POLLOSSON (A.), *Assesseur* ;
MM. NOVE-JOSSERAND et COMMANDEUR, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma grande
tendresse, de ma profonde affection et
de ma reconnaissance.

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE
Professeur de clinique obstétricale, Accoucheur des Hôpitaux.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. POLLOSSON
Professeur de clinique gynécologique
Chirurgien-Major de la Charité

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIOLET
Moniteur à la Clinique gynécologique

A MES MAÎTRES CIVILS

DE L'OCCLUSION INTESTINALE

dans les Eventrations post-opératoires

INTRODUCTION

Consécutivement à une laparotomie, on voit parfois, après l'enlèvement des fils, le tracé de l'incision chirurgicale s'entrouvrir et livrer passage à la masse intestinale; c'est là une forme d'éventration particulièrement grave, mais sur laquelle nous n'insisterons pas : nous envisageons plutôt le cas où une cicatrice plus ou moins solide s'est formée, le tissu fibreux qui la constitue n'a qu'une résistance passive, il se laisse distendre et même déchirer, les viscères sous-jacents le soulèvent et nous avons ainsi constituée l'éventration ou hernie post-opératoire.

Cette hernie en général se réduit facilement, il suffit même pour cela que le malade se couche, car son orifice peut être très large, elle est constituée par de l'intestin et de l'épiploon : sa cavité est le plus souvent uniloculaire, tout en présentant quelquefois des diver-

ticules; ce fait, joint ou non à des adhérences épiploïques et intestinales, peut amener à se produire des phénomènes d'occlusion, de la gêne intestinale allant jusqu'à l'étranglement herniaire absolu.

C'est là le point particulier que nous avons l'intention de traiter : nous avons divisé notre travail en cinq chapitres.

Chapitre I. — Etude générale sur les éventrations post-opératoires.

Chapitre II. — Préambule sur les phénomènes pathologiques de ces hernies.

Chapitre III. — Etude des phénomènes pathologiques — Occlusion aiguë — Etranglement.

Chapitre IV. — Etude des phénomènes pathologiques (suite) — Occlusion chronique — Accidents qui précèdent et simulent l'étranglement vrai et l'occlusion aiguë.

Chapitre V. — Pronostic et traitement en général.

Observations.

Conclusions.

C'est sous les auspices de M. le professeur agrégé Auguste Pollosson que nous soutenons cette thèse, nous avons toujours suivi ses intéressantes cliniques avec beaucoup d'intérêt. Qu'il veuille bien agréer l'expression de nos respectueux hommages.

Qu'il nous soit permis avant de clore cette introduction de remercier M. le professeur Fabre du grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse, nous lui en sommes profon-

dément reconnaissant et nous le prions de vouloir bien agréer nos hommages les plus respectueux.

Nous remercions aussi bien sincèrement et de tout notre cœur M. le Dr Violet, moniteur à la clinique gynécologique, pour l'obligeance qu'il n'a cessé de montrer à notre égard et les conseils éclairés qu'il nous a toujours prodigués pour mener à bien notre travail.

CHAPITRE PREMIER*

Etude générale sur les éventrations post-opératoires

On donne le nom d'éventrations post-opératoires aux hernies plus ou moins volumineuses qui se produisent sur la paroi abdominale antéro-latérale, à la suite d'interventions chirurgicales, soit par relâchement, distension ou déchirure d'une cicatrice, soit grâce à une solution de continuité du plan musculo-aponévrotique.

D'après le professeur la Torre (13), ces éventrations étaient très fréquentes autrefois, lorsqu'on pratiquait la suture en masse des divers plans de l'abdomen et qu'on avait de la suppuration; elles seraient moins fréquentes avec les méthodes et les procédés modernes (17).

Toujours d'après le même auteur, les causes des éventrations peuvent se résumer ainsi, sous trois chefs :

1° *Causes qui retardent ou empêchent la réunion*

* Pour les chiffres entre parenthèses, le lecteur est prié de se reporter à l'Index bibliographique.

des bords de la plaie aponévrotique: telles que la suture en masse de la paroi, la graisse sous-péritonéale, le péritoine peuvent en effet s'interposer entre les muscles, être serrés dans la suture; les adhérences qui se créent ainsi sont faibles, se décollent finalement et créent entre les muscles une amorce pour la hernie.

2° *Causes qui font réunir la plaie abdominale par seconde intention*. — Nous envisageons ici la suppuration, les cicatrices par seconde intention ont beaucoup moins de solidité que les cicatrices obtenues par primam. Enfin pour la même raison le drainage après une laparotomie (15) et dans l'ovariotomie, le traitement du kyste, ainsi que du col utérin dans l'hystérectomie, par la méthode extra-péritonéale, et les fils qui sortent dehors dans la méthode intra-péritonéale, exposent presque fatalement à l'éventration.

3° *Causes qui déchirent la cicatrice*. — Elles peuvent être très nombreuses. La ligne blanche, par exemple, ne se prête qu'à des cicatrices qui n'ont de solidité que l'apparence, et en pareil cas, il suffit d'un effort, d'une grossesse, de la formation d'une ascite pour distendre et déchirer la cicatrice qui a succédé à la plaie faite dans les tissus de la ligne blanche; l'énorme dépôt de graisse dans la paroi abdominale peut aussi amener cela.

Le professeur la Torre considère aussi ce qu'il appelle les *causes indirectes*; ce sont toutes les causes qui prédisposent à la distension d'abord, puis à la déchirure de la cicatrice, comme le fait d'enlever les sutures trop tôt, de permettre à la malade de quitter trop tôt le lit, de ne pas lui imposer le port d'une

ceinture abdominale pendant une année au moins, de ne pas lui interdire de porter de trop lourds fardeaux, etc., etc.

Comme nous l'avons esquissé au début de notre « Introduction », nous pouvons avoir ce que Tournemelle (23) propose d'appeler « éventration aiguë », la réunion a manqué complètement, il n'y a pas de cicatrice, les viscères sortent librement à travers la plaie désaccordée, c'est une éviscération. cela peut se produire à la suite d'un effort même très minime, et dans un laps de temps variable après l'opération, mais cela, nous le répétons encore, nous éloigne quelque peu de notre sujet.

L'éventration que nous étudions a une allure chronique, tout ce que nous venons de dire, touchant l'étiologie et la pathogénie des éventrations en général s'y applique parfaitement; sous l'influence déterminante d'une cicatrice mince, pas solide et d'une cause occasionnelle quelconque, on voit se former une saillie arrondie, un soulèvement de la paroi qui résulte de la distension totale ou partielle de cette cicatrice, et dans le soulèvement ainsi formé les anses intestinales et l'épiploon s'engagent.

Ces hernies présentent un volume variable, depuis celui d'une noix — certaines femmes qui n'ont pas besoin de se livrer à un travail trop pénible pour assurer leur existence, en possèdent de très petites et indolores, déformant à peine leur cicatrice et qu'elles contiennent facilement à l'aide d'un bandage approprié — mais de pareilles hernies chez d'autres personnes, peuvent atteindre un volume énorme soit parce que

les nécessités de la vie les obligent à travailler, à faire des efforts, soit par suite de conditions personnelles, On trouve presque partout cité le cas, rapporté par Gouilloud dans le *Lyon médical* du 15 mai 1892, d'une éventration dont la circonférence atteignait 0,50 centimètres, il n'est pas rare d'en rencontrer qui soient très volumineuses (Obs. 2-3), mais ce ne sont pas celles là qui sont nécessairement les plus gênantes, on peut rencontrer, en effet, de petites hernies à peine perceptibles, constituées parfois uniquement par un peloton adipeux sous la cicatrice et qui peuvent entraîner des troubles dyspeptiques assez ennuyeux, assez graves même pour faire réclamer une intervention.

Au point de vue anatomo-pathologique, ces hernies de cicatrice, qui n'ont pas de lieu d'élection, ont, surtout dans les hernies sises en dehors de la ligne blanche, un orifice fibreux, aux bords nets, parfois tranchants, que la palpation permet de sentir, cet orifice est dû à la solution de continuité que le traumatisme opératoire a créé dans la paroi abdominale à travers les aponévroses et les muscles.

Assez souvent dans les hernies post-opératoires de la ligne blanche, il n'existe pas d'orifice à proprement parler, il n'y a pas de collet étroit, les muscles droits sont écartés et il n'y a qu'une poche s'ouvrant dans l'abdomen par sa portion la plus large.

Comme enveloppes, nous rencontrons la cicatrice, et si la hernie est volumineuse, la peau environnante soulevée participe à leur formation, le tout est aminci distendu, il n'y a pas de sac péritonéal à proprement parler, celui-ci est confondu dans le gâteau cicatriciel

sous-jacent à la peau. Cependant quelquefois il se passe dans la profondeur, ce qui se produit à la surface pour les hernies volumineuses, le péritoine adjacent à la cicatrice se trouve entraîné au travers de l'orifice aponévrotique et parvient à constituer un sac partiel.

Ces hernies ont les caractères habituels des autres hernies; elles sont très faciles à reconnaître, à diagnostiquer et ont en général l'aspect de larges boursofflures, elles contiennent soit de l'épiploon soit de l'intestin en plus ou moins grande quantité, l'intestin d'après les auteurs y serait beaucoup plus fréquemment rencontré que l'épiploon.

Ces hernies sont très réductibles, ordinairement une simple pression de la main ou le décubitus dorsal peuvent suffire à les réintégrer, elles présentent de l'impulsion à l'effort et à la toux. Parfois ces hernies ou éventrations causent des douleurs abdominales sourdes et continues, des coliques; les malades sont exposés à des accès plus ou moins répétés pendant lesquels ces douleurs s'irradient dans le ventre, s'accompagnent de nausées et même de vomissements en même temps la hernie devient, temporairement du moins, plus volumineuse et plus tendue; tous ces phénomènes se rencontrent également dans la hernie ombilicale vraie et parfois finissent à l'occlusion intestinale vraie, absolue, à l'étranglement herniaire dont ils n'ont été que le prélude ou une suite de degrés.

CHAPITRE II

Préambule sur les phénomènes pathologiques de ces hernies

Le court paragraphe qui termine le chapitre précédent n'est en somme que le bref résumé de l'étude que nous allons entreprendre, et qui est le fond vrai de notre thèse.

Nous allons à présent ne plus considérer la hernie ventrale post-opératoire que nous venons de définir, que comme une hernie ordinaire, ombilicale par exemple, sujette à presque tous les accidents qui pourraient survenir à cette dernière.

Etant donnée une hernie,

Elle peut nous présenter :

a) De l'étranglement, de l'occlusion vraie, aiguë.

b) Des accidents qui, suivant les auteurs, simulent cet étranglement ou qui peuvent même en être considérés comme une atténuation, ce sont :

1° L'occlusion intestinale siégeant dans l'intérieur du sac herniaire, autrement dit, l'étranglement interne.

2° La péritonite herniaire.

3° L'engouement.

Tout ceci revient à dire qu'une hernie peut donner des phénomènes d'occlusion par causes extrinsèques, intéressant son orifice, son sac et le collet du sac, et par causes intrinsèques regardant l'intérieur du sac herniaire.

Nous ferons ressortir dans cette étude un côté particulier, intéressant : le rôle plus spécialisé encore des phénomènes inflammatoires dans l'occlusion intestinale des hernies que nous allons étudier.

Les auteurs s'accordent à reconnaître que l'étranglement des hernies ombilicales est moins fréquent que celui des autres hernies : voici encore un point commun avec les laparocèles post-opératoires. Berger (2), relativement aux cas d'étranglement que ceux-ci peuvent présenter ne cite que le cas de Picqué (16) : d'autres, des gynécologues, Labadie, Lagrave (14) se bornent à nous citer le même cas, tout en déclarant chose très rare l'occlusion aiguë dans les éventrations post-opératoires.

Qu'y a-t-il de vrai là dedans ? Nous n'en savons trop rien : évidemment, les accidents d'occlusion surtout aiguë ne sont pas très fréquents : les cas pourraient s'en compter, mais personne jusqu'à présent n'a fait de statistique, et rien ne peut nous autoriser à émettre un avis à ce sujet.

CHAPITRE III

Étude des phénomènes pathologiques Occlusion aiguë — Étranglement

DE L'OCCLUSION AIGUE. — DE L'ÉTRANGLEMENT.
— *Étiologie et mécanisme.* — Dans ses leçons sur les hernies, en 1865, Gosselin disait qu'une hernie expose d'autant plus à un étranglement et à un étranglement bien serré qu'elle avait été bien contenue jusque-là par un bandage et qu'on venait à supprimer ce bandage. C'est en somme répéter l'opinion courante qu'un bandage est loin d'être une barrière efficace contre les accidents. Nous prions le lecteur de se reporter à la fin de cette thèse, et il se rendra compte que cette opinion concorde avec les cas particuliers dont nous faisons l'étude : pendant très longtemps, un ou une malade a porté une ceinture destinée à soutenir son éventration, un beau jour elle trouve que sa ceinture la gêne ou croit n'avoir plus besoin de s'en servir, elle la quitte et des accidents d'étranglement se produisent presque aussitôt.

Nous reproduisons même les observations (Obs. 2 et 5) de malades qui ont constamment porté une ceinture hypogastrique et que cela ne préservait point d'un étranglement.

Parmi les malades citées dans nos observations, nous en trouvons une âgée de 77 ans, chez qui l'étranglement ne s'est produit que 23 ans après la formation de la cicatrice, nous en voyons une autre âgée de 49 ans dont la cicatrice remonte à l'âge de 42 ans, époque où elle fut opérée pour une appendicite, chez une autre âgée de 36 ans, opérée en 1897, l'étranglement se produisit en 1900, nous pouvons encore en citer une quatrième, opérée en 1890 et dont quatre ans plus tard l'éventration présenta des accidents, chez une dernière enfin opérée en 1898, les accidents remontent à 1899, sept mois après l'intervention (Obs. 2).

Et chose à noter, chez presque tous nos malades, la hernie, avant de créer des accidents était très volumineuse, atteignant d'une façon presque générale le volume d'une tête de fœtus ou des deux poings, ce qui est regrettable pour nous, c'est de n'avoir pu rencontrer assez de cas pour établir une statistique, tout en pensant n'accorder à celle-ci qu'une valeur relative, car si, pour des hernies habituelles, leur formation et leurs accidents peuvent paraître obéir aux circonstances et à l'âge, les hernies post-opératoires, qui ne dépendent en somme que des nécessités chirurgicales d'un moment, sembleraient s'en affranchir très fréquemment.

Il est indubitable cependant qu'elles soient soumises à certaines circonstances prédisposantes : une de nos malades (Obs. 2) a présenté des accidents à la suite

d'une bronchite et d'accès de toux ; chez une autre (Obs. 4), ils se sont développés à la suite d'une grossesse dont elle avait atteint le neuvième mois.

Enfin, ce qui est une cause déterminante d'étranglement et là-dessus nous reviendrons plus loin dans une autre partie de ce chapitre, c'est que la hernie post-opératoire contracte le plus souvent des adhérences très étendues qui l'empêchent même parfois de se réduire.

Dans toute hernie étranglée, on considère habituellement comme agents de cet étranglement :

1° Des causes mécaniques :

2° Des causes inflammatoires.

Nous croyons pouvoir dire tout de suite que le rôle des causes mécaniques doit être assez restreint dans la genèse de l'étranglement des hernies post-opératoires ; en effet, cette sorte de cause produit plutôt l'étranglement primitif ou d'emblée alors que dans ces hernies, d'abord volumineuses et parfois irréductibles, nous voyons peu à peu s'installer des phénomènes douloureux, résultant apparemment de phénomènes inflammatoires chroniques, d'adhérences qui aboutissent à une occlusion plus ou moins parfaite et qui en seraient une véritable cause. Le professeur Laroyenne, dans les laparatomies secondaires, redoutait toujours les obstacles des anses intestinales adhérentes, en effet, ce qui pour notre explication a de l'importance, ces adhérences précèdent de longtemps l'apparition de toute éviscération, et depuis peu créées, elles peuvent déjà produire de l'obstruction (Obs. IX, d'après Ernst Sonntag, in *Revue de Hayem*, thèse de Tuja,

Lyon, 1894, occlusions dues à des anses intestinales au niveau des surfaces cruentées. Obs. IV, occlusions par brides, ibidem. Obs. de Potherat, *Revue de Chirurgie* de 1892, page 422). Ces adhérences sont donc dans les hernies post-opératoires beaucoup plus fréquentes que dans les hernies ordinaires, elles sont la résultante d'un processus inflammatoire plus spécialement déterminé par la nature et le genre de l'affection et l'intervention chirurgicale qu'elle a exigée, en effet, à la suite d'opérations septiques (pyo-salpinx, péritonites) et de l'emploi de drainage avec des mèches, à la Mickulicz, on assiste à une réaction de tissus à laquelle la paroi participe elle aussi, et on n'a pas uniquement de l'éventration, mais aussi de l'adhérence de l'intestin ou de l'épiploon à la paroi, l'accrolement se fait naturellement entre la ligne d'incision, qui est en train de se cicatriser et qui constitue encore une surface avivée, et les anses intestinales enflammées. Il arrive même très souvent que la zone d'adhérences ne se cantonne pas là et dépasse la région de cicatrisation et l'anneau herniaire, quand il y a éventration, pour se répandre dans la zone environnante.

Donc, dans tout le travail de cicatrisation, il se produit de la péritonite adhésive, et les anses intestinales viennent se fixer plus ou moins solidement autour et sur la paroi néo-formée : ce travail peut s'effectuer sans accidents, rester longtemps latent, même une hernie étant formée, et il peut être la cause ou l'adjuvant d'un autre mécanisme de l'étranglement de celle-ci.

L'adhérence se fait ou directement, ou par l'adhérence de l'épiploon.

Nous croyons pouvoir ainsi classer les adhérences en :

- a) Adhérences de l'intestin avec le péritoine.
- b) Adhérences du péritoine avec la peau.
- c) Adhérences des intestins entre eux.
- d) Adhérences de l'épiploon.

1^o *Adhérences de l'intestin avec le péritoine.* (Obs. 1, 2, 3, 4.) — Nous étudierons surtout cette variété dans le chapitre suivant.

2^o *Adhérences du péritoine avec la peau.* (Obs. 1, 2, et 4.) — Dans toutes les éventrations du type classique, il y a adhérence, ou plutôt fusion intime de la peau et du péritoine : le tégument, l'enveloppe de la hernie est formée par une lame qu'on ne peut étirer et qui n'est que la cicatrice unique dans laquelle la peau, les plans intermédiaires et le péritoine se sont fusionnés.

3^o *Adhérences des intestins entre eux.* (Obs. 2, 4.) — Nous réservons également cette variété ainsi que les

4^o *Adhérences de l'épiploon.* (Obs. 3, 6.) pour l'étude anatomo-pathologique au paragraphe suivant.

Toutes ces adhérences, même celles que nous n'avons fait que mentionner, jouent un rôle dans l'étranglement, l'occlusion aiguë plutôt, car comme nous allons le démontrer, c'est surtout cette dernière sorte d'accidents qui se produit, *les adhérences contribuent à immobiliser l'intestin en situation vicieuse* de nature à y interrompre la circulation des matières.

En somme, toute cette étude jusqu'à présent nous mène à dire que l'occlusion aiguë en tant qu'étranglement vrai est rare dans les hernies post-opératoires, si jusqu'à présent nous avons fait abus de ce terme, c'est pour obéir à l'usage qui veut que, le plus souvent, l'occlusion aiguë accompagnée d'irréductibilité soit due dans les hernies à un étranglement, or, dans le cas que nous envisageons, les adhérences suffisent largement à produire ces phénomènes (28), et le produisent le plus souvent : dans notre observation 2, il s'agit d'une femme dont *l'intestin adhère au péritoine hernié, et au collet du sac d'une façon telle que le doigt ne peut pénétrer en aucun point dans la cavité abdominale.*

Dans une autre observation (Obs. 4.) il y a non seulement des *adhérences entre la paroi abdominale et l'intestin d'un côté, mais entre les anses intestinales elles-mêmes d'un autre côté.*

Les phénomènes inflammatoires peuvent amener non seulement des coudures de l'intestin, des aplatissements amenant la suppression de sa lumière, des torsions, mais ils peuvent aussi produire des brides saillantes dans le sac herniaire (Obs. 6) qui étranglent, c'est le cas d'employer ce mot, les anses d'intestin, les coudent sur elles-mêmes; peut-être peuvent-ils produire le rétrécissement progressif ou non, inflammatoire de l'orifice ou du collet herniaire.

Si nous avons jusqu'à présent attribué le rôle le plus important dans l'occlusion aiguë aux phénomènes de l'inflammation, nous sommes cependant obligés de reconnaître qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Si nous nous reportons aux observations 5 et 7 nous voyons que dans l'une, l'intestin a franchi un orifice étroit, très étroit à travers une lame fibreuse, épaisse, distincte de la peau et du péritoine; dans l'observation 7, c'est à travers un orifice large que l'étranglement se serait produit, on ne mentionne pas d'adhérences dans l'un ni l'autre cas : enfin dans l'observation 6, nous croyons devoir faire une part sinon égale à deux agents : la constriction exercée par un orifice étroit et l'inflammation.

Nous sommes donc obligés de faire une part à la théorie mécanique, dans la première observation que nous venons de citer, la hernie s'est formée peu à peu, il s'est échappé de l'abdomen un véritable sac séreux qui s'est peu à peu distendu, et brusquement sans cause connue, l'étranglement s'est déclaré. Que s'est-il passé ? Il aura dû se produire un étranglement à évolution progressive sans doute, un pincement latéral de l'intestin par une éraillure de la cicatrice l'a peut-être insinué peu à peu sous la peau et un moment a dû survenir brusque et soudain où, sous un excès de pression intra-abdominale, une plus grosse portion d'intestin a dû venir former hernie en franchissant l'ouverture agrandie sans avoir cessé d'être rigide, la congestion et la tuméfaction consécutive de l'anse intestinale auront suffi à empêcher sa réduction ultérieure, à moins encore qu'il n'y ait eu distension de celle-ci par le contenu liquide refoulé par l'effort abdominal et les contractions péristaltiques de l'intestin.

Dans la seconde observation que nous relatons,

l'étranglement s'est produit quoique l'orifice herniaire fût très large, ici, nous pouvons et devons être éclectique et hésiter entre les théories diverses actuellement admises pour expliquer l'étranglement : *l'élasticité de l'anneau, l'occlusion du bout inférieur par le bout supérieur dilaté* (engouement gazeux) *la coupe brusque et formant éperon de ses extrémités, le glissement de la muqueuse, l'attraction d'une nouvelle portion d'intestin et de mésentère sous l'influence de la dilatation intestinale dans l'engouement gazeux, la torsion de l'anse étranglée, le coin mésentérique, etc.*

Dans le troisième cas sus-mentionné (Obs. 6) nous pourrions admettre côte à côte le facteur mécanique, qui a dissocié la cicatrice, a permis à l'épiploon d'abord et à l'entretien ensuite de s'insinuer à travers l'ouverture, et le facteur inflammatoire qui a créé les adhérences favorisant la pénétration toujours plus profonde de l'intestin à travers des éraillures étroites, et le fixant, l'étranglant à leur tour.

Dans une autre observation (Obs. 4) outre des adhérences multiples, on trouve l'intestin pincé sur plusieurs points.

Tournemelle dans sa thèse « Des éventrations post-opératoires » (23) consacre un court chapitre aux accidents d'occlusion qui peuvent survenir dans les éventrations : il dit que le collet du sac parfois étroit, et les nombreux diverticules que possèdent certains sacs peuvent suffire à produire des étranglements ; il déclare le fait assez fréquent tout en n'en citant aucun cas d'ailleurs, et il laisse absolument de côté le rôle des phénomènes inflammatoires.

Anatomie pathologique. — Nous devons examiner trois cas :

1^o Le cas où l'étranglement est de cause mécanique pure (Obs. 5).

2^o Le cas où il est dû principalement à des adhérences inflammatoires, à la péritonite adhésive (2, 3, 4.)

3^o Le cas où il est dû à des phénomènes mixtes. (Obs. 6.)

1) Dans l'observation 5 que nous rapportons, l'agent de l'étranglement est constitué par le pourtour de l'orifice taillé en plein tissu fibreux, cet orifice a servi de lieu de passage aux viscères, et s'appliquant sur eux ultérieurement, il s'est opposé à leur réduction : il a mis obstacle au cours des matières intestinales et des gaz, il y a arrêté la circulation sanguine. En somme l'anneau large dans ce cas tout au plus de trois centimètres était très rigide, il a agi comme un lien serré.

L'intestin était congestionné, rouge vineux, augmenté de volume, tendu : il est évident que si on ne fût pas intervenu, l'étranglement persistant, des suffusions sanguines se seraient produites ainsi que des exsudats fibrineux amenant finalement des adhérences à la paroi du sac, enfin étant donnée la striction, la teinte feuille morte serait apparue indiquant une gangrène plus ou moins étendue de l'anse.

Dans l'observation 7, l'orifice était plus large et peut-être n'était-il pas seul en cause, bien que taillé en pleine cicatrice. Les lésions de l'étranglement avaient dépassé et de beaucoup les lésions du stade décrit plus haut, une anse intestinale gangrénée en totalité dût être enlevée; ici, si on ne fût pas intervenu, l'anse eût fini

par se perforer et eût laissé échapper son contenu dans le sac, d'où péritonite consécutive.

Dans l'un et l'autre cas, tout ceci résulte de l'arrêt de la circulation au niveau du collet de la hernie. Dans le premier cas, on trouve un sillon blanchâtre et livide à ce niveau, tranchant sur la coloration rouge boudin du reste de l'intestin, la lésion y était déjà bien avancée, heureusement cependant, la circulation put s'y rétablir sous l'influence d'un lavage à l'eau chaude, poussée plus loin, le sillon eût pris une teinte de plus en plus grisâtre, se fût sphacélé et eût pu donner lieu à une perforation, ce qui a failli se produire pour la malade de l'observation 7. Extérieurement, la hernie étranglée se présente sous l'aspect d'une masse plus ou moins volumineuse, mate à la percussion, dure, élastique ou fluctuante, tendue, et d'une coloration plus ou moins foncée en cas d'épanchement séro-hématique à son intérieur.

Dans l'observation 5, le sac était aminci, globuleux, fluctuant et rempli précisément d'un liquide séro-hématique transsudé très abondant.

B) Dans l'observation 2, les anses intestinales forment un peloton adhérent au péritoine hernié, sur toute la périphérie du collet du sac, les adhérences très solides sont telles que le doigt ne pénètre en aucun point dans la cavité abdominale.

Dans l'observation 4, on constate la présence d'adhérences nombreuses entre la paroi abdominale et l'intestin d'un côté et entre les anses intestinales elles-mêmes d'un autre côté.

Ces adhérences, dont nous avons indiqué plus haut

l'étiologie et la pathogénie, sur le rôle desquelles dans l'occlusion intestinale aiguë nous avons insisté en les classifiant, procédant, nous le répétons, d'un travail de péritonite herniaire, molles et gélatineuses d'abord, se fixant ou directement ou par l'intermédiaire de l'épiploon, elles s'organisent ensuite de manière à constituer du tissu fibreux adulte, elles fusionnent entre elles les diverses parties qu'elles unissent, transforment l'intestin en un gâteau fibreux dans lequel cependant persiste comme creusée au travers de celui-ci la lumière de celui-là ; ou bien étendues en surface, tantôt drues, courtes et serrées, tantôt circonscrites sous forme de brides et de cordons cellulux ou fibreux, elles sont nourries par des vaisseaux de néo-formation qui établissent des connexions vasculaires entre les viscères du sac et sa paroi.

Le sac herniaire dans ce genre d'occlusion ne renferme pas de liquide, nous avons une hernie *sèche*, inutile d'ajouter que ces adhérences sont un obstacle de plus à la réduction.

La peau, le sac sont difficiles à inciser, ils sont unis étroitement par un tissu fibreux et dense ; extérieurement, le tout peut avoir un aspect mamelonné, accidenté (Obs. 6).

Quant à l'intestin il peut être déformé, ficelé, bridé, ses parois sont épaissies et Sérullaz (Obs. 1) nous montre avec quelle facilité dans les opérations sur les éventrations ainsi adhérentes, l'intestin se déchire, il est parfois inclus dans une véritable gangue de tissus fibreux où on ne retrouve plus trace de sac et unie étroitement à la peau elle-même.

Parfois c'est une série d'adhérences suffisantes pour maintenir l'intestin en position vicieuse, mais que le chirurgien dilacère facilement. Les adhérences qui unissent l'intestin au sac établissent donc une fusion plus ou moins intime entre l'anse intestinale et le sac, nous pouvons n'avoir, comme nous venons de le dire que des tractus celluloux, ou bien encore un ou plusieurs cordons fibreux qui s'insèrent d'une part sur le mésentère ou sur l'intestin voisin, de l'autre au sac, soit vers le fond de celui-ci, soit près de son collet.

Il arrive, en effet, le plus souvent que ces hernies possèdent un collet (Obs. 2, 5) et alors l'orifice de celui-ci se trouve intimement uni au sac par des adhérences, mais il peut se produire ceci : c'est que la hernie consiste en une vaste boursuflure, communiquant avec l'abdomen par sa partie la plus large, et il est presque incontestable dans ce cas que l'inflammation a eu un rôle exclusif dans les accidents survenus, et d'ailleurs, dans ce cas, la hernie est partiellement réductible, puisqu'il n'y a pas d'obstacle du côté de l'anneau, mais ce doit être sans soulagement pour le malade.

(*) Dans l'observation 4, outre les accidents inflammatoires très nets observés, on a rencontré l'intestin pincé en plusieurs points par le collet du sac. Dans ce cas, il nous semble qu'on pourra attribuer une part mixte à ces agents : les adhérences et le collet du sac. Le pincement latéral de l'intestin en rétrécissant le calibre de celui-ci suffit pour produire dans quelques cas des accidents d'occlusion, *mais il est certain que l'adhérence primitive de l'intestin au péritoine pariétal, au niveau de l'orifice herniaire, favorise l'engagement*

d'un point du bord convexe de l'intestin dans cet orifice, et par conséquent, la production d'un étranglement latéral; les lésions, dans ce cas, sont les mêmes que celles que l'on trouve dans une anse intestinale complète, on nous dit, dans l'observation que nous citons, l'état dans lequel se trouvait l'intestin pincé, il était rouge et enflammé, le sac ne devait pas renfermer de liquide sans doute, et ne présenter que les accidents inflammatoires.

D'un autre côté, il est vrai, on pourrait faire des adhérences, non point la cause du pincement de l'intestin, ayant précédé celui-ci, mais au contraire la résultante d'un travail de péritonite herniaire, d'irritation, consécutive à la formation de la hernie.

Symptômes. — Evolution et Diagnostic

L'invasion est tantôt brusque, tantôt insensible et graduelle.

Quand elle est brusque, le premier phénomène, c'est le durcissement de la hernie qui semble en même temps devenir plus grosse (Obs. 5) et plus tendue. Cela se produit subitement, sans cause apparente. La tumeur est mate à la percussion, rarement sonore, irréductible, élastique, fluctuante ou rénitente. La douleur qui survient en même temps part de la cicatrice, de la tumeur, s'irradie à tout l'abdomen. Arrêt des matières et des gaz. Tension du ventre. Il survient en même temps des nausées, des vomissements abondants qui, à la fin, deviennent fécaloïdes: mais ces phénomènes peuvent subir des rémissions plus ou moins

prolongées (Obs. 5 et 6) et ne s'établir définitivement qu'au bout de deux ou trois reprises; il survient tout d'abord un calme trompeur et le malade se croit guéri, remis d'une chaude alarme, quand subitement, à nouveau, il y a reprise des phénomènes qui obligent cette fois le patient à recourir aux soins d'un médecin s'il ne l'a déjà fait.

Quand l'invasion est insensible et graduelle (Obs. 1, 2, 3) nous assistons presque en somme au tableau de l'occlusion intestinale chronique dont nous parlerons dans le chapitre suivant; la malade a depuis longtemps des troubles du côté de sa hernie, de la constipation, de la diarrhée, des troubles digestifs, de la gêne dans la marche, des douleurs qui vont en s'accroissant jusqu'au jour de l'occlusion aiguë, où les douleurs deviennent intolérables et les vomissements surviennent.

Il est bien évident que si on n'intervient pas, l'anse étranglée finit par se sphaceler, et le sujet meurt de péritonite (Obs. 4) et même la mort peut survenir par suite de complications diverses (lésions pulmonaires, rénales, infection et septicémie péritonéo-intestinales) avant que les lésions ultimes de l'intestin se soient produites: une chance de guérison spontanée, c'est la formation d'un anus contre nature alors que les adhérences établies auront été assez solides, assez résistantes pour protéger le péritoine contre l'infection, mais ce qu'il vaut mieux pour le malade, cela va sans dire, c'est une intervention chirurgicale précoce, dont nous parlerons au chapitre du traitement.

Pour ce qui est du diagnostic il est des plus faciles

à faire : il saute aux yeux, il s'impose ; les éventrations post-opératoires ne sont ordinairement pas imperceptibles et les malades connaissent les leurs depuis longtemps, ils sauront au besoin attirer sur elles l'attention du médecin, si les principaux symptômes que nous venons d'indiquer et l'état général caractéristique du malade ne l'ont pas édifié.

CHAPITRE IV

Étude des phénomènes pathologiques (*suite*). — Occlusion chronique. — Accidents qui précèdent et simulent l'étranglement vrai et l'occlusion aiguë.

Comme toutes les hernies, les hernies post-opératoires peuvent présenter des symptômes fonctionnels et produire des troubles physiologiques divers. Une hernie peut se former dans une cicatrice et rester de longues années indolore; tout comme dès sa formation elle pourra se révéler par des phénomènes subjectifs qui n'iront qu'en s'accroissant. Elle pourra avoir à peine la grosseur d'une noix, être toute récente (Obs. 2) qu'elle sera déjà accompagnée de troubles : douleurs irradiées, coliques, constipation, ce ne sera pas un étranglement ni de l'occlusion véritable, mais cependant le malade pourra être amené à réclamer une intervention tout comme dans les observations 1 et 3.

Donc de même que dans les hernies ombilicales et de la ligne blanche ordinaire, on pourra observer une douleur gastralgique frongitive, s'irradiant à l'épi-

gastre et aux flanes, et s'accompagnant de phénomènes dyspeptiques, digestions lentes, douloureuses et pénibles, renvois, nausées et vomissements, etc.

Mais quand la hernie devient volumineuse, et nous prions le lecteur de se reporter à nos observations, surviennent alors une gêne et une incommodité bien plus considérables. Les mêmes symptômes bien plus accentués : douleurs du ventre, tiraillements aux reins, aux flancs, à l'épigastre, sentiment d'affaiblissement et d'impuissance à se livrer à aucun travail et à faire quelque effort, mais surtout : coliques, sensation de plénitude, pesanteur du ventre, éructations fréquentes, malaise physique et intellectuel, paresse de l'esprit, c'est là le lot du malheureux qui a non seulement eu à supporter les risques d'une affection, les hasards de l'opération qu'elle a nécessitée, mais qui se trouve encore affligé au moment où il se croyait définitivement guéri.

Mais ce que nous venons d'envisager est encore relativement simple, la hernie post-opératoire, nouvelle analogie avec la hernie ombilicale, augmente lentement et graduellement de volume, et si nous avons énoncé plus haut dans notre classification des adhérences : *les adhérences de l'épiploon*, nous avions réservé leur étude surtout pour ce chapitre. Eh ! bien, presque toujours, pour des raisons déjà produites plus haut, qui font des *adhérences*, pour ainsi dire la règle dans les éviscérations post-opératoires, il s'établit des adhérences entre l'épiploon et le sac de la hernie, les malades sont alors exposés à des *douleurs sourdes et continues* (Obs. 3 et 6) à des *coliques*, à

des accès plus ou moins répétés pendant lesquels ces douleurs s'irradient dans le ventre et s'accompagnent de nausées et même de vomissements, en même temps la hernie est temporairement au moins plus volumineuse et plus tendue. Ce sont en somme des phénomènes inflammatoires qui se réveillent dans la hernie ou qui ne font que poursuivre leur évolution et grâce aux adhérences, ébauchent une occlusion ou étranglement qui pourra devenir définitif; ces accidents peuvent s'amender régulièrement et le malade revient à la guérison, il y a eu des vomissements, de la constipation, mais les gaz pouvaient toujours être évacués par l'anوس, tandis que parfois, avec les mêmes accidents du début, ce qui était jadis l'*engouement*, les symptômes pourront s'aggraver et un étranglement véritable s'installera.

L'épiploon est donc souvent un agent d'étranglement, agissant tantôt par adhérences, tantôt par brides.

Assez souvent, on trouve de l'adhérence des intestins entre eux, mais elle est aussi habituellement accompagnée d'adhérences des intestins à l'épiploon ou au péritoine, d'ailleurs ces variétés que nous avons décrites anatomo-pathologiquement se révèlent par les mêmes signes que ceux que nous venons d'énoncer à propos de l'épiploon : les symptômes suivent tantôt une marche chronique, tantôt une allure aiguë et rapide. Nous avons aussi décrit plus haut les vices de position qu'amènent ces adhérences, les adhérences lâches et flottantes permettant cependant un certain degré de mobilité et même parfois la réduction.

Pour nous résumer nous dirons que les hernies ventrales post-opératoires peuvent présenter des troubles chroniques d'occlusion, dont nous venons d'énumérer les principaux symptômes : ces troubles peuvent aboutir à l'occlusion aiguë, soit dans le sac même par :

Adhérences des intestins entre eux ;

Adhérences des intestins aux parois du sac et à l'épiploon ;

Adhérences de l'épiploon au sac et à l'intestin.

Soit extérieurement au sac (étranglement vrai) par épaissement inflammatoire du collet du sac, adhérences des organes contenus dans le sac à son collet.

Les troubles chroniques peuvent se révéler aussitôt que la hernie est constituée, et s'accroissent à mesure qu'elle grossit, dès qu'elle contracte des adhérences : une allure aiguë peut apparaître à n'importe quel stade, mais elle n'est absolument redoutable que quand il y a déjà des adhérences constituées capables de lui permettre de persister.

Comme causes capables de réveiller, de provoquer et de stimuler le travail adhésif inflammatoire nous pouvons peut-être, comme pour les autres hernies, penser à la péritonite herniaire véritable, la hernie participant à tous les processus inflammatoires susceptibles d'atteindre le reste de la cavité abdominale ; de même les frottements auxquels peuvent être soumises de grosses hernies comme celles que nous citons sont parfaitement capables de créer des adhérences et de l'inflammation qui favorisent des accidents ultérieurs, mais, au reste, nous ne considérons

tout cela dans notre cas, que comme des facteurs secondaires.

On a donné quelques signes (?) que nous pourrions peut-être rapporter à notre étude, permettant de distinguer l'étranglement vrai, se produisant en dehors de la hernie, de l'étranglement faux, se produisant à l'intérieur de la hernie : réduction partielle de la hernie, ne s'accompagnant d'aucun soulagement pour le malade, d'aucune atténuation des symptômes, moins de douleur au niveau du pédicule, anneau herniaire paraissant libre, mais avec des adhérences aussi multipliées que celles qu'on rencontre dans certaines hernies post-opératoires : le diagnostic doit être souvent difficile, sinon impossible.

CHAPITRE V

Pronostic et traitement en général

Pronostic. — L'étude des lésions, le tableau symptomatique, la marche de l'affection, tout ce qui ressort enfin de ce que nous venons de dire et des observations citées à l'appui, montrent bien toute la gravité autant de l'occlusion aiguë, de l'étranglement que de l'occlusion chronique, surtout quand celle-ci vient à être paroxystique ou n'est que le prélude d'accidents définitifs, une intervention est nécessaire, précoce, qui mettra à l'abri des phénomènes ultérieurs, plus on interviendra tôt, plus on aura la chance de trouver les anses d'intestin saines ou à peu près saines, et des adhérences dont on pourra peut-être se libérer assez facilement.

Traitement. — Le chirurgien devra avoir en vue ces deux indications principales.

1° Lever l'obstacle ;

2° Refaire la paroi.

1° Dans les cas rares où il sera sûr de ne pas ren-

contrer d'adhérences (Obs. 5), et ceux aussi où il pensera n'avoir affaire qu'à des adhérences lâches et peu solides, le chirurgien pourra aller droit à l'obstacle, il pourra se juger⁸ en droit de pratiquer :

1^o L'ouverture :

2^o L'excision du sac ;

3^o La suture de l'anneau fibreux.

On incisera la peau de façon à permettre d'arriver facilement sur le pédicule de la hernie, on découvrira ensuite le sac avec prudence et il se pourra alors qu'on rencontre de l'épiploon : si ce dernier est adhérent, on agrandira assez largement l'orifice fibreux qui lui a livré passage et en descendant de l'épiploon encore renfermé dans le ventre vers celui qui est renfermé dans le sac, on pourra arriver à le détacher. On étendra alors cet épiploon sur des compresses chaudes et stérilisées, on le divisera en plusieurs pédicules séparés qu'on étreindra isolément avec des ligatures doubles entrecroisées et on finira en réséquant.

On s'occupera ensuite du sac, il devra être disséqué très minutieusement, on le libérera de ses adhérences et on poussera la dissection du sac jusqu'au-delà de l'orifice, on terminera en faisant une ou deux ligatures en chaîne au niveau du pédicule et on sectionnera, puis on pratiquera avec du catgut très solide la suture de l'anneau fibreux.

Mais le plus souvent le chirurgien se trouvera en présence d'adhérences solides et résistantes : dans une thèse faite sous l'inspiration de M. le professeur agrégé Auguste Pollosson, Millot nous décrit en détail le procédé de l'*écrénectomie*, M. Pollosson a eu l'oc-

casion d'employer ce procédé notamment à propos de la malade dont il est parlé dans l'observation 6, il est l'application aux hernies ventrales post-opératoires de l'omphalectomie de Molière-Condamin destinée aux hernies ombilicales.

Ce procédé a l'avantage d'ouvrir une voie large ; d'aborder de dedans en dehors, dans le sens le plus favorable, la libération des adhérences et le traitement de l'épiploon, qui sont le temps réellement difficile de l'opération. Voici comment procède M. le Professeur A. Pollosson :

a) On cerne la cicatrice par une incision elliptique n'intéressant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, arrivé sur l'aponévrose, on n'incise celle-ci que d'un côté seulement, on agit de même vis-à-vis du plau aponévrotique profond, en se rapprochant du rebord fibreux qui forme le collet du sac.

b) On ouvre le péritoine très en dehors, à condition pourtant qu'on puisse en pratiquer la réunion, le sac ayant été excisé. Grâce à cette boutonnière péritonéale excentrique on évite le plus souvent de tomber sur un point adhérent à l'intestin.

c) Sur un doigt placé comme guide, on prolonge avec des ciseaux courbes, la section du péritoine sur toute l'étendue du bord qui a été sectionné (on s'adresse de préférence au bord gauche).

d) A ce moment, on doit placer le malade en position déclive et glisser sur l'intestin une large compresse humide et chaude.

e) On renverse en dehors les parois de l'éventration pour avoir sous les yeux la face interne du sac.

f) On libère les adhérences, et à mesure que le champ opératoire s'élargit, on glisse la compresse sur la zone découverte. On détache les adhérences épiploïques avec le doigt, ou on les sectionne par des pinces et on les lie au calgut, à mesure qu'on libère chaque pédicule, on doit le lier tout de suite.

Parfois il arrive qu'on laisse retomber dans l'abdomen des franges épiploïques qui saignent lentement et qui au moment de la fermeture du ventre passent inaperçues. Les adhérences intestinales peuvent être ou fortes ou faibles ; celles-ci cèdent, rien qu'avec une pression du doigt, mais cette manœuvre est dangereuse, elle peut produire une perforation. Si on a affaire à des adhérences trop solides, il est préférable de les sculpter avec des ciseaux courbes ou le bistouri dans les couches profondes du sac. On passera le thermocautère sur les surfaces cruentées et on pourra pratiquer aussi quelques points de sutures superficiels adossant ces surfaces. Aussitôt le sac libre de toute adhérence, on fait de haut en bas la section du péritoine sur le bord qui n'a pas encore été sectionné, symétrique à celle du côté opposé. Cette incision supprime la paroi du sac.

b) Mais pendant qu'on excise de ce côté, un aide ferme provisoirement la cavité péritonéale avec deux ou trois pinces tire-balles, la compresse reste en place et sort à l'angle inférieur de la plaie.

i) On suture le péritoine de haut en bas et on enlève les pinces progressivement à mesure que chemine le surjet, on aura soin autant que possible de ramener le tablier épiploïque sous la suture. Le but cons-

tant de l'opérateur est donc la protection de l'intestin.

Dans un article paru dans la *Province Médicale* de 1895 p. 227. M. Condamin, à propos de la thèse de Sérullaz sur la cure de l'éventration post-opératoire avec adhérences, qui venait de paraître, fait l'éloge de ce procédé, en fait ressortir les avantages et dit que la crainte de déchirer l'intestin ne doit pas trop arrêter le chirurgien, car quelques points de suture auront tôt fait de réparer le mal, il est incontestable en tout cas qu'une incision elliptique dans le voisinage de l'anneau où les diverses couches de la paroi sont plus reconnaissables, est préférable déjà à une incision du sac en plein tissu cicatriciel où tout est fusionné, comme cela se pratique dans le premier procédé que nous indiquons, d'autre part en faisant basculer de dedans en dehors le gâteau constitué par la cicatrice et les adhérences, on peut surtout bien voir celles-ci et les atteindre à la fois d'une façon sûre et rapide.

Mais il se peut que le chirurgien se heurte à des difficultés opératoires qui le forcent à renoncer à l'emploi de ce dernier procédé, même quand il lui paraît très indiqué.

Dans une de nos observations (obs. 2) il existait au niveau du collet du sac une couronne d'adhérences tellement serrées qu'il a fallu renoncer à les détacher.

Dans une autre, celle que nous rapportons, d'après M. Durand, la présence de plusieurs kystes remplis d'un liquide séro-hématique apparaissant dès l'incision de la peau lui parut une raison suffisante pour renoncer à persévérer dans l'emploi de ce procédé.

Il est des plus faciles en outre, malgré toutes les précautions prises, de déchirer l'intestin, on ouvrira donc toujours le sac avec la plus grande prudence, loin de la cicatrice, et on devra montrer une grande légèreté de main et de bistouri, il faudra bien se garder de tirer fortement sur l'intestin : le chirurgien devra tenir un grand compte des troubles fonctionnels présentés auparavant par les malades, très souvent, ils sont en raison directe des adhérences formées, peut-être même, parviendra-t-il à travers la poche amincie à déceler la présence des anses intestinales adhérentes, en déprimant le fond du sac avec la pulpe des doigts, il se pourra qu'il arrive à se rendre compte qu'elles sont immobilisées et fixées par des travées fibreuses, et ne fuient pas sous la pression du doigt.

2° Dans l'une et l'autre sorte d'opérations que nous avons envisagées, le chirurgien devra se préoccuper de refaire la paroi d'une façon solide, en vue d'obtenir une cicatrice résistante et durable qui supprimera toute chance de récurrence dans l'avenir.

Dans le premier cas, après avoir suturé l'orifice fibreux qui a livré passage à la hernie, au catgut, on suture également avec du catgut très solide le plan musculo-aponévrotique et on réunit la peau par une suture au crin de Florence, le tout est fait en points séparés ou en surjets.

Dans l'éventrectomie, intéressant la ligne médiane, on doit s'astreindre à bien ajuster les divers plans de la paroi, de manière à les suturer en harmonie parfaite. Gill Willie (26) et après lui Condamin (5) ont

insisté sur la nécessité d'affronter la couche profonde aponévrotique si l'on veut sûrement éviter l'éventration post-opératoire « l'épais fascia qui sépare et réunit les muscles droits, forme leur gaine et constitue la ligne blanche, est en réalité le tendon des muscles abdominaux à direction transversale ; c'est ce fascia et non les muscles droits qui donnent aux parois abdominales leur résistance dans le sens transversal. Les muscles droits sont longitudinaux et très facilement déviés en dehors par toute force agissant transversalement et tendant à les séparer » dit Gill Willie.

C'est dans le but de respecter ces conditions que Condamin conseille de passer aux deux extrémités inférieure et supérieure de l'incision un fort fil métallique que l'on noue à ses extrémités et par lequel un aide soulève la paroi abdominale et par suite expose aux regards les diverses couches de la paroi, d'un autre côté, on facilitera la recherche et l'adossement de ce plan aponévrotique profond, en passant, avant de faire la suture à trois étages, trois ou quatre fils profonds, chacun de ces fils qui est destiné à rapprocher solidement les parois écartées, entre dans la peau à 4 cent. des bords de l'incision, traverse obliquement de dehors en dedans la couche musculo-aponévrotique, dont les lèvres ont été, au besoin, avivées, perfore le péritoine à 3 ou 4 millimètres de sa section, puis va pénétrer dans les mêmes couches du côté opposé, mais en sens inverse.

M. Pollosson termine l'opération en pratiquant la suture aponévrotique en surjet, puis la suture de la peau, dans le cas que nous relatons (obs. 6), opéré à la

clinique gynécologique, par M. le professeur agrégé, A. Pollosson, ce dernier a pratiqué le mode de suture suivant : suture du péritoine, au fil qui est beaucoup plus commode par les surjets que le catgut (Fochier) et à qui préalablement désinfecté, il ne faut qu'une courte ébullition de vingt minutes avant l'opération pour l'avoir aseptique ; il a suturé ensuite les muscles au catgut et la peau au fil en surjets.

Nous ne crovons pas devoir terminer cette étude sans mentionner le perfectionnement que M. Quénu a apporté à ce procédé en réunissant par un plan de sutures transversales distinctes les bords internes des muscles droits dans les hernies de la ligne blanche.

Il est des difficultés opératoires en face desquelles peut se rencontrer le chirurgien, ce sont : l'écartement exagéré des muscles droits et la friabilité excessive du tissu musculaire qui répond en se déchirant aux efforts que fait le chirurgien pour rapprocher les lèvres écartées, on pourra dans ce cas, croyons-nous, rendre à la malade la position horizontale, afin de rendre la paroi abdominale un peu plus souple et on essayera alors la suture en masse des muscles et des aponévroses, mais il est fort à craindre, en pareil cas, que le chirurgien ne se trouve en présence d'une difficulté insurmontable qui laissera la malade exposée à une récurrence fatale de sa hernie.

Enfin nous devons, non seulement considérer les moyens de guérir les accidents, mais encore de les prévenir, on s'efforcera d'opérer la cure radicale, quel que soit le procédé employé dans des conditions d'asepsie et d'hémostase aussi absolues que possible,

on évitera de prolonger le séjour à l'air du péritoine, on l'abritera autant que possible sous des compresses humides et chaudes, et on s'efforcera ainsi d'être en mesure de ne pas employer de drainage, précisément et surtout le mikuliez que tout le monde incrimine ; et à ce sujet, nous devons dire que notre maître, M. le professeur agrégé A. Pollosson a été conduit, par son expérience personnelle, à conclure que plus le mickuliez est gros, plus la béance de la paroi est large, moins l'éventration a de tendance à se faire, quoiqu'il en soit, puisque savoir et pouvoir sont presque synonymes, comme nous connaissons bien les causes des éventrations, c'est au chirurgien d'employer tout son savoir à s'efforcer de les éviter.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(In Thèse de Serullaz, Lyon, Résumée.)

Phil. C..., 45 ans, célibataire, exerçant la profession de cuisinière, opéré le 17 septembre 1893, pour fibrome utérin, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, on pratiqua l'hystérectomie supravaginale. Le lendemain de l'opération, issue de l'intestin à travers la plaie, sous le pansement, on le remet en place et on pratique la suture en étage de la paroi abdominale,

Suites de l'opération assez heureuses, pas de fièvre, réunion assez rapide.

Trois mois après, vers les premiers jours de 1894, la malade étant prêt de quitter l'hôpital, la suture se met à suppurer et les mors d'une pince paraissent au travers de la cicatrice, on est obligé de débrider autour de la pince et on suture à nouveau la plaie.

Le 16 janvier, sortie de la malade.

Le 20 janvier, elle revient à l'hôpital, une hernie s'est formée au niveau du point débridé par l'ablation de la pince, et depuis cette époque, elle éprouve *une sensation de pesanteur et de relâchement dans le ventre; elle a de fréquentes coliques et le ventre est continuellement ballonné.*

En opérant l'événtration et en faisant la réduction de la

poche herniaire, le chirurgien perfore l'intestin *qui adhère à la paroi*.

Suture immédiate de l'intestin.

Suture de la paroi. Impossibilité de reconstituer les trois plans.

Malgré l'avis du chef de service, la malade quitte l'hôpital le 25 mars, la plaie était encore ouverte et la malade s'est pansée elle-même avec du vin aromatique et de la charpie.

Le 17 août, elle rentre à l'hôpital. Elle dit *éprouver de vives douleurs dans le ventre*, être absolument incapable de tout travail. Dans la situation debout, son ventre tombe et elle sent *des tiraillements au niveau de la cicatrice*; elle a la tête vide et de la céphalée en casque.

La cicatrice est sanieuse et mal fermée; l'intestin pointe sous elle; l'abdomen flusque forme besace.

On tente une deuxième fois la cure radicale de l'événtration, on pratique une incision elliptique, débordant la cicatrice de quatre travers de doigts de chaque côté, mais cependant on blesse une anse intestinale, l'intestin adhère sur une surface assez étendue en dehors de la cicatrice, et au-dessus d'elle — suture intestinale, suture à triple étage de la paroi par dessus la cicatrice et le sac invaginé.

Après 45 jours, guérison complète.

Elle revient plus tard à l'Hôtel-Dieu, elle éprouve des malaises vagues, il lui semble que son ventre tombe, elle a de la céphalalgie, on pratique une dernière intervention qui réussit et qui rend à l'abdomen, à la paroi la tension qui lui manquait.

OBSERVATION II (abrégée)

(In thèse de Tournemelle. — Paris 1901)

Marie J., 41 ans, entre le 5 décembre 1900, à l'hôpital Broca dans le service de M. Pozzi.

Subit en 1898 à l'Hôtel-Dieu, une première laparatomie

pour annexite non suppurée. elle en sort avec une cicatrice d'apparence solide.

En 1899, sept mois après, présence d'une hernie de la grosseur d'une noix, à la partie inférieure de la cicatrice qui augmente progressivement, l'envahit toute, est accompagnée de troubles : douleurs irradiées, coliques violentes, constipation qui amènent la malade à réclamer une nouvelle intervention.

2^e Laparatomie en novembre 1899. Résection de la cicatrice, adhérences épiplœiques très solides au fond du sac.

À la suite d'une bronchite et d'accès de toux ; nouvelle éventration qui augmente progressivement, malgré le port d'une ceinture : coliques, vomissements pendant trois mois.

Sous l'influence des vomissements, la cicatrice cède sur son bord gauche jusqu'alors intact.

Symptômes douloureux allant en s'accroissant : coliques fréquentes, douleurs lombaires, douleurs au niveau de la cicatrice, gêne considérable dans la marche, alternatives de diarrhée et de constipation, vomissements répétés. — La malade revient à Broca et demande à être opérée.

Troisième laparatomie. Le 8 décembre 1900. Eventration du volume d'une tête de fœtus, anses grêles se dessinant sous la peau amincie.

La cicatrice est circonscrite par une incision elliptique, et le sac ouvert on aperçoit l'intestin grêle adhérent à quelques millimètres en dehors de l'incision primitive.

Les anses intestinales forment un peloton adhérent au péritoine hernié sur toute la périphérie du collet du sac. — *ces adhérences sont telles que le doigt ne pénètre en aucun point dans la cavité abdominale* ; de plus, elles sont très solides — on se contente d'exciser le sommet de la calotte péritonéale qui est libre d'adhérences.

Suites opératoires excellentes, la cicatrice obtenue paraît solide.

OBSERVATION III (abrégée)

(Même origine)

Marie B., couturière, 50 ans, entre le 5 novembre 1900, salle Broca.

A la suite d'infection utérine avec salpingite double suppurée, elle est laparatomisée le 28 juin 1891.

Ablation des annexes, drainage du petit bassin avec un mickulicz. On ferme le ventre avec une suture à trois plans, au catgut.

Trente jours après l'opération, la malade sort *avec une ceinture hypogastrique*. Cicatrice solide, linéaire, dans ses deux tiers supérieurs, plus large, mince et brune, au tiers inférieur; elle mesure neuf centimètres de long.

Éventration six ans après, en juin 1897, débutant par une petite hernie à la partie inférieure de la cicatrice, hernie qui augmente progressivement, gagne en hauteur et atteint en cinq mois le volume de deux poings.

Cette éventration était devenue douloureuse; la malade *dît avoir souffert de coliques fréquemment accompagnées de vomissements; elle ne pourrait plus marcher ni se baisser et était obligée au moindre effort de prendre les plus grandes précautions*.

Opération, le 24 novembre 1900. Incision elliptique en dehors de la cicatrice. Ouverture du sac en bas et à gauche. Un doigt introduit dans la boutonnière péritonéale ainsi faite, rencontra une *première anse d'intestin grêle solidement adhérente au péritoine; la séparation est impossible*. La séruse est taillée circulairement au ras de l'intestin, à la façon d'une applique de caoutchouc sur un pneumatique. On libère ensuite deux pédicules épiploïques par des ligatures au catgut. — Ces adhérences étant détachées, et l'intestin soigneusement protégé par une compresse chaude et humide, on excise avec des ciseaux

courbes, le côté droit du lambeau suivant le tracé de l'incision cutanée.

La restauration de la paroi se fait facilement, le péritoine est suturé par un surjet au catgut.

Les muscles droits sont libérés de bas en haut et les gaines ouvertes sur leur bord interne. Deux fils d'argent sous-musculaires, extra-péritoneaux, sont passés à six centimètres en dehors de l'incision cutanée et seront serrés sur des bourdonnets de gaze stérilisée, comme suture d'appui. Les muscles droits sont rapprochés par un surjet au catgut fin. Un second sujet musculaire et aponévrotique consolide le premier. Drain sous-cutané à la partie inférieure de l'incision. Suture de la peau au crin de Florence par points séparés.

Suites opératoires. — Bonnes. Réunion par première intention; le drain est enlevé le 3^e jour; les crins le 9^e. La malade sort le 26 décembre avec une bonne cicatrice.

Examen de la pièce. — Le lambeau de la paroi abdominale enlevé, vu par sa face péritonéale, présente deux fragments épiploïques adhérents et manque de péritoine au point que nous avons signalé.

OBSERVATION IV

In *Charité Annalen*, 1896, *Geburtshüftliche Klinik*, P. 572.
Von Klauer

Une femme de 23 ans, Vipare, au neuvième mois de la grossesse, entre le 22 août 1894, à la Charité de Berlin. Dernières règles: novembre 1893. Les deux premiers accouchements avaient été normaux, le troisième avait nécessité une intervention.

Il y a quatre ans, la patiente avait subi une laparatomie pour tumeur. Pendant les jours qui précédèrent l'admission, elle avait des vomissements persistants, et la veille, un lavement avait provoqué une selle.

Etat actuel : femme pâle, état de profonde faiblesse, température : 37°1, pouls : 120, très petit, irrégulier, vomissements répétés, répandant l'odeur de matières fécales.

Sur la ligne médiane, la cicatrice abdominale consécutive à la laparotomie était entr'ouverte : entre les bords de la cicatrice, on sentait une masse qui rappelait la sensation que donne l'épiploon. Dans cette éventration elle-même, on sentait une bride dure qui semblait se prolonger au-dessus de l'ombilic et on reconnaissait encore une anse d'intestin très dilatée.

Les symptômes étaient tellement menaçants que l'on décida l'accouchement provoqué qui aboutit à l'extraction d'un enfant à terme et vivant. L'état de la femme s'améliora, le pouls était plein et plus régulier, température : 36°1, mais, malgré les lavages de l'intestin et l'emploi d'une dose d'huile de ricin, il n'en résulta aucune selle. Les vomissements persistant, vingt heures après la délivrance, le 23 août, on pratiqua la laparotomie.

On constata la présence d'adhérences nombreuses et très étroites entre la paroi abdominale et l'intestin d'un côté et entre les anses intestinales elles-mêmes d'un autre côté : sur plusieurs points, l'intestin était pincé et en ces points, il était rouge et enflammé.

On excisa les adhérences, on referma au catgut et, malgré l'intervention, la malade mourut 5 heures après. A l'autopsie, on trouva les traces d'une péritonite au début.

OBSERVATION V

(Extraite de la communication de M. Durand, à la Société de Chirurgie de Lyon, le 23 mai 1901 et résumée)

Une jeune femme de 36 ans, F. M..., eut, il y a quatre ans, sa première grossesse. L'accouchement, qui survint le 26 juillet 1897, fut suivi de phénomènes infectieux qui ne présentaient sans doute pas une grande acuité, puisque

c'est seulement au bout de trois semaines que son médecin la fit entrer à la Charité pour une opération que nécessitait, dit-elle, son état général et le développement considérable de son abdomen. Elle avait été opérée trois jours après son arrivée, mais ne sait pas ce qu'on lui fit. La guérison nécessita de nombreux pansements et sa paroi abdominale ne fut restaurée qu'au bout de neuf mois. Elle eut probablement une péritonite, drainée à la Mickulicz, ce qui entraîna une cicatrisation secondaire.

Après une longue convalescence, en novembre 1900, cette femme remarqua que sa cicatrice jusque-là, plane et indolore, se soulevait, à peu près en son milieu, sous la forme d'une petite saillie du volume d'une noisette. Elle s'accrut doucement, jusqu'à atteindre le volume d'une pomme, sans cesser d'être indolore.

Cette femme n'a pu dire si la tumeur était réductible et elle portait une ceinture hypogastrique.

Le vendredi 26 avril 1901, soit plus de trois ans après l'opération, sans cause connue, au moment où la malade allait se coucher, la tumeur devint subitement douloureuse, grossit brusquement, atteignant le volume d'une orange. La douleur, partie de la tumeur, s'irradia rapidement dans tout l'abdomen, en même temps que paraissaient des nausées qui ne tardèrent pas à devenir de vrais et abondants vomissements. Cet état fut de courte durée et disparut dans la nuit, sans que d'autres soins autres que ceux de l'entourage aient été donnés à cette femme. Les jours suivants, il se produisit, de préférence la nuit, quelques douleurs, mais elles ne durèrent pas et ne provoquèrent aucune inquiétude.

Le dimanche 5 mai, à peu près dans les mêmes conditions que le 24 avril, l'état devint subitement alarmant ; les douleurs, les vomissements apparurent, et cette fois, ne cessèrent pas spontanément. Il fallut appeler un médecin qui jugea de suite qu'il y avait lieu d'intervenir.

A son entrée, la malade présentait les troubles fonc-

lionnels de l'étranglement herniaire ; son état général était assez inquiétant et la température était de 38°4. Localement, on constatait, au milieu de la ligne ombilico-pubienne, une saillie du volume d'une orange, mais parfaitement sessile, étalée, au contraire, en forme de calotte aplatie, comprenant moins d'un hémisphère. Elle était bosselée, mais légèrement, et la peau, partout normale, présentait, immédiatement au-dessous du point le plus saillant, une sorte d'amincissement laissant voir sous forme d'une teinte violacée, qu'elle était soulevée par un liquide hématique. La tumeur était tendue, fluctuante, douloureuse et, fait particulier, se continuait sans présenter de contours nets, avec les tissus voisins ; elle ne paraissait pas réductible sous la palpation légère qui fut pratiquée.

M. Durand fit immédiatement le diagnostic d'occlusion dans une éventration, sans en préciser le mécanisme, ajoutant, en outre, que l'hyperthermie constatée lui faisait craindre quelque complication intestinale.

L'intervention immédiate découlait de ce diagnostic et ne fut pas différée.

Cette éventration ne ressemblait guère à ces larges boursoflures qu'on a l'habitude de constater et donnait, au contraire, l'impression qu'on a devant une hernie ombilicale étranglée.

Dans l'intention de pratiquer l'omphalectomie de Molière Condamin, M. Durand circoncrivit la tumeur à l'aide d'une incision losangique, mais à peine la peau était-elle incisée qu'apparut une masse rouge, noirâtre, donnant l'impression d'un sac herniaire mince rempli du liquide séro-hématique des étranglements. M. Durand trouve encore trois ou quatre poches semblables qui se rompirent et arriva dans une poche plus grande d'où s'écoula un grand demi verre de liquide séro-hématique, l'orifice agrandi, il trouva dans la cavité une anse intestinale assez volumineuse et fortement congestionnée. L'exploration digitale lui montra que cette anse pénétrait dans la poche *par u norifice très*

étroit de sa partie profonde. L'étranglement était complet, produit par un anneau large au plus de trois centimètres et très rigide.

M. Durand eut quelque peine à le débrider ou, du moins, il dut prendre quelques précautions pour y parvenir, car l'intestin *était extrêmement serré par cet anneau*. Il l'était à un tel point que déjà on pourrait voir, aux points de striction, un sillon blanchâtre tranchant nettement, par sa coloration livide sur le rouge boudin du reste de l'intestin. Un lavage à l'eau chaude donna à l'opérateur la satisfaction de voir la circulation sanguine réapparaître sur ce point inquiétant et il put réduire l'intestin sans trop d'arrière-pensée. Le sac herniaire, une fois débarrassé de son contenu intestinal, fut extirpé et on put assez facilement le séparer de la peau et du plan profond.

On fit une suture à trois plans, péritoine, plan fibreux cicatriciel et peau, et la malade quitta le service le seizième jour après l'opération, sans que sa guérison ait été entravée par le moindre accident.

OBSERVATION VI (encore inédite)

«Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé A. Pollosson
professeur de clinique gynécologique»

Marie D..., 49 ans, célibataire, entre le 23 septembre 1904 à la clinique.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Dans les antécédents personnels, bonne santé habituelle, jusqu'à l'âge de 42 ans, à cette date : *appendicite* à début traînant et à forme grave. La malade a été alors opérée par M. Pollosson, qui a pratiqué un large drainage de la fosse iliaque.

La malade a très bien guéri, mais elle a gardé une *éven-*

tration pour laquelle elle a porté une ceinture orthopédique d'abord, puis un simple bonnet de coton, élastique, enroulé en ceinture. Pendant sept ans, état général excellent, pas de gêne, pas de douleurs, effort physique facile ; la malade ne remarque aucune modification du côté de sa cicatrice.

En février 1904, la malade est prise très brusquement de douleurs abdominales très vives, étendues à tout l'abdomen, et paraissant irradiées de la cicatrice ancienne. En même temps, à la partie la plus inférieure de cette cicatrice une tuméfaction habituelle en ce point durcissait, devenait sonore à la percussion, et les phénomènes douloureux durent trois ou quatre jours, puis cessent.

En mars, juillet et septembre, autres attaques du même genre.

L'examen fait constater une *cicatrice fortement fragmentée*, allant obliquement du voisinage de l'épine iliaque au pubis et parallèle à l'arcade, elle est résistante dans les $4/5$ de sa superficie, dans son $1/5$ inférieur, elle recouvre une masse étalée, élastique grosse comme une mandarine, aplatie et allongée, sonore, assez mal limitée et qui semble une *hernie* secondairement formée à travers une cicatrice ancienne, avec phénomènes douloureux, et surtout accidents d'*étranglement* passager.

1^{er} octobre. — INTERVENTION. — On circonscrit la tumeur à l'aide de deux incisions qui se rejoignent au-dessus et au dessous — l'incision de gauche est poussée jusqu'au péri-toine — on isole ainsi complètement le sac. On l'ouvre alors : anses grêles faiblement adhérentes ; l'une d'elles coudée sur une sorte de bride fibreuse appartenant au sac.

La partie la plus élevée du sac renferme de l'*épiploon adhérent*, quant au sac lui-même, il est bosselé, à logettes, cloisonné de brides irrégulières comme si la cicatrice ancienne *avait cédé en un point, livré passage d'abord à de l'épiploon ultérieurement adhérent, puis enfin à de l'intestin grêle dont les accidents d'étranglement ont laissé des traces sous forme de brides, d'adhérences.*

Suture à trois plans : péritoine, fil ; muscles, catgut ; peau, fils.

11 octobre. — Ablation des fils. Tout va bien.

OBSERVATION VII

(In the « Brit. Gyn. Journal », N° d'août 1904, J. W. Taylor, reproduite en résumé par « la Gynécologie » d'octobre 1904)

La hernie s'est produite sur la ligne blanche, à travers une cicatrice due à une laparotomie faite vingt-trois ans auparavant chez une dame actuellement âgée de 77 ans.

Une anse intestinale gangrenée fut enlevée, *Bien que l'orifice herniaire fût très large*, l'étranglement n'en eut pas moins lieu. La malade s'est très bien rétablie de l'opération.

OBSERVATION VIII

(Prise en collaboration avec Monsieur le Docteur Violet, moniteur à la clinique)

G. V..., 40 ans, ménagère, a présenté une bonne santé habituelle, jusqu'en 1896. — A ce moment, elle eut une grossesse qu'on fut obligé d'interrompre à 5 mois et demi pour cause d'éclampsie.

Consécutivement à cet avortement provoqué, elle eut un abcès au niveau de la fosse iliaque gauche : On opéra l'ouverture de cet abcès, il y eut un long écoulement de pus et la cicatrisation fut tardive, elle ne s'opéra qu'au bout de deux mois et demi, on avait fait usage de mèches et pratiqué de nombreux pansements. A partir de ce moment, la malade ne remarqua rien tout d'abord au niveau de sa cicatrice, quoiqu'elle sentit parfois des douleurs irradiées et partant de celle-ci, accompagnées de coliques, de troubles dyspeptiques, elle observa cependant que des recrudescences dans ces troubles semblaient se produire

au moment des époques menstruelles, qui en favorisaient l'apparition. Elle eut depuis une deuxième grossesse qu'on dut comme la première arrêter au cinquième mois et pour la même cause, elle n'attribue à cette dernière aucune modification du côté de sa cicatrice, cependant depuis ce moment, les troubles ont été en s'accroissant, sans diarrhée ni constipation, la malade devenait incapable de travailler et son caractère se modifiait, devenait chagrin, morose : souvent, au niveau de la cicatrice, il se formait une masse qui durcissait, mais qui se réduisait parfois au bout de cinq minutes, ou d'elle-même ou à l'aide de linges chauds que la malade appliquait dessus.

Dans ces derniers temps, les souffrances sont devenues intolérables, les douleurs sont presque continuelles, la tumeur quand elle se forme, ne se réduit plus aussi facilement, elle est même restée dix jours sans rentrer, malgré tout ce qu'a pu faire la malade : il se produit en outre des vomissements, qui depuis cinq à six jours sont presque incessants, ces vomissements sont vert-jaunâtre, porracés et sentent très mauvais.

14 décembre 1904. — Etat actuel. — Femme de 48 ans affaissée, à qui on donnerait au moins quinze années de plus que son âge.

Examen de la tumeur : on constate à gauche une tumeur du volume d'une orange à l'angle de la crête iliaque au-dessus de l'arcade de Fallope, et occupant la moitié de la fosse iliaque, on remarque une cicatrice linéaire de cinq centimètres de long s'étendant sur la tumeur sur une longueur de 2 à 3 centimètres dans l'angle tout à fait externe de celle-ci. Cette tumeur a une consistance pâteuse, elle est sonore à la percussion ; on la sent très nettement se contracter sous le doigt au bout de quelques frictions et on la voit dessiner très nettement sous la peau la forme d'un rein. Elle est difficile à réduire en ce moment, mais la veille, elle était réductible et on sentait qu'elle n'était recouverte que par la peau.

Une fois la réduction faite, on sent un anneau de la largeur d'une pièce de deux francs, légèrement elliptique dirigé en haut et à gauche, rigide et à bords tranchants, constitué par la paroi abdominale, on sent de l'epiploon et on obtient de l'impulsion à la toux.

Au moment où nous terminons, la malade n'a pas encore été opérée.

CONCLUSIONS

I. La hernie ventrale post-opératoire peut donner naissance à :

- a)* Des accidents d'occlusion aiguë ;
- b)* Des accidents d'occlusion chronique.

II. Ces accidents sont dus, les uns et les autres à des phénomènes inflammatoires développés au niveau de la hernie et se manifestent par des adhérences ; dans d'autres cas, on rencontre des cas d'étranglement herniaire type.

III. Qu'ils proviennent d'adhérences ou qu'ils soient un étranglement vrai, les cas d'obstruction aiguë présentent presque tous la même symptomatologie.

IV. L'occlusion chronique précède et simule l'occlusion aiguë dont elle n'est très souvent qu'une des étapes.

V. Dans l'un et l'autre cas d'occlusion aiguë et chro-

nique, la conduite du chirurgien doit être l'intervention, il devra avoir en vue :

1^o De lever l'obstacle :

2^o De refaire la paroi

Il mettra fin ainsi aux accidents aigus ou se mettra en mesure de les prévenir.

Le Président de la thèse,

M. FABRE.

Vu :

Le doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 13 décembre 1901.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. ANGER. — Dict. Jaccoud. Art. Eventration.
2. BERGER. — Art. Hernies. Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus.
3. BONAVIDA. — Thèse de Lyon, 1894-95.
4. BOIFFIN. — Hernies adhérentes au sac. Paris, 1887.
5. CONDAMIN. — Province médicale, 1895. P. 277. Lyon médical, N° 44, oct. 92. Archives provinciales de Chirurgie, sept. 92.
6. COLLAS. — Thèse de Paris, 1889-90.
7. DURAND. — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Lyon. Années 1900-1901. P. 227.
8. GAUCHERY. — Thèse de Paris, 1902-1903.
9. GOULLIoud. — De l'éventration opératoire. Prophylaxie. Cure radicale. Lyon médical, 1^{er} mai 92.
10. HAHN. — Dict. Dechambre. Art. Eventration.
11. HOMANS. — Three hundred and eighty four laparotomies. Boston, 1887.
12. KLAUER (von). — Charité Annalen 1896. Geburtshülfliche klinik, page 572.
13. LA TORRE. — La Gynécologie, 1897. Congrès de Genève, 1896.

14. LABADIE, LAGRAVE et Félix LEQUEU. Traité médico-chirurgical de Gynécologie.
 15. MILLOT. Thèse de Lyon 1901-1902.
 16. PICQUÉ. Gazette Médicale de Paris, 1887, n° 39.
 17. POZZI. De la suture abdominale. Bulletin de la Société de Chirurgie, 19 octobre 1887.
 18. QUÉNU. La cure radicale de la Hernie ombilicale. Gazette médicale de Paris 1893, n° 51.
 19. QUATRE AGRÉGÉS de Paris. Traité de Path. ext.
 20. Revue de Chirurgie de 1892, p. 422.
 21. SERULLAZ. Thèse de Lyon 1894-95.
 22. TUJA. — Thèse de Lyon, 1894-95.
 23. TOURNEMELLE. Thèse de Paris 1900-1901.
 24. TAYLOR (J. W). — Hernie ventrale post-opératoire étranglée. La Gynécologie. Oct. 04. d'après le Brit. Gyn. Journal.
 25. WINTER. — Congrès Allemand de gynécologie de Vienne, 5 au 7 juin 95. Suture abdominale et hernie abdominale.
 26. WYLIE (Gill). — Ventral hernia cause de by-laparatomie (Amer. J. of Obstetrics. 1887)
 27. HARTMANN (Henri). — Quelques causes rares d'irréductibilité des Hernies. *France médicale*. 1^{er} mars 87, p. 305 et 317.
 28. MOUGEOT. — Pseudo-étranglements causés par les adhérences de l'intestin hernié. Thèse de Paris 1874.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Chapitre I.....	11
Chapitre II.....	17
Chapitre III.	49
Chapitre IV.....	35
Chapitre V.....	41
Observations.....	51
Conclusions.....	65
Index bibliographique.....	67

LYCN. — IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}
3, Rue Stelia,
